

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

Par Alfred LEDOUX

Interne de l'Hôpital Saint-Joseph de Paris

né le 8 juillet 1898 à Reims (Marne)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE
AVEC DRAINAGE

(INDICATIONS PRINCIPALES. TECHNIQUE OPÉRATOIRE. DRAINAGE ASSOCIÉ)

Président : M. J.-L. FAURE, professeur.

A. MALOINE ET FILS, ÉDITEURS

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS 1924

THÈSE

POUR,

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

Par Alfred LEDOUX

Interne de l'Hôpital Saint-Joseph de Paris

né le 8 juillet 1898 à Reims (Marne)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE

AVEC DRAINAGE

(INDICATIONS PRINCIPALES. TECHNIQUE OPÉRATOIRE. DRAINAGE ASSOCIÉ)

Président : M. J.-L. FAURE, professeur.



A. MALOINE ET FILS, ÉDITEURS

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS 1924

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN M. ROGER.

I: — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale.	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie.	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	N...
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . Pathologie médicale.
 AIGLAVE . . Pathologie chirurgicale.
 AUBERTIN. . Pathologie médicale.
 BASSET . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN. . Pathologie médicale.
 BINET . . . Physiologie.
 BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
 BRANCA . . . Histologie.
 BRULÉ . . . Pathologie médicale.
 BUSQUET . . Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
 CADENAT . . Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY . . . Histologie.
 CHIRAY . . . Pathologie médicale.
 CLERC . . . Pathologie médicale.
 DEBRÉ . . . Hygiène.
 I. de JONG. . Anatomie pathologique.
 DUVOIR . . . Médecine légale.
 ÉCALLE . . . Obstétrique.
 FIESSINGER . Pathologie médicale.
 FOIX . . . Pathologie médicale.
 GARNIER . . Pathologie expériment^{le}
 HARVIER . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER. Urologie.
 HOVELACQUE. Anatomie.
 JOYEUX . . . Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER . . Obstétrique.
 LEMAITRE. . Oto-rhino-laryngologie.
 LEMIERRE. . Pathologie médicale.
 LÉVY-SOLAL . Obstétrique.
 LHERMITTE . Pathologie mentale.
 LIAN . . . Pathologie médicale.
 MATHIEU . . Pathologie chirurgicale.
 METZGER . . Obstétrique.
 MOCQUOT . . Pathologie chirurgicale.
 MONDOR . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE. . . Pathologie chirurgicale.
 MULON. . . Histologie.
 PHILIBERT. . Bactériologie.
 RIBIERRE . . Pathologie médicale.
 RICHET Fils . Physiologie.
 ROUVIÈRE. . Anatomie.
 STROHL . . . Physique médicale.
 TANON. . . Pathologie médicale.
 TIFFENEÂU . Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
 VAUDESCAL . Obstétrique.
 VERNE . . . Histologie.
 VILLARET . . Pathologie médicale.
 WELTER . . . Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

CAMUS. . . Physiologie.
 GOUGEROT. . Pathologie médicale.
 GUENIOT . . Obstétrique.

MM.

RETTERER. . Histologie.
 ROUSSY. . . Anatomie pathologique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY . . .	Clinique chirurgicale.	OMBREDANNE . .	Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU . .	Clinique chirurgicale.	PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.	RATHERY . . .	Clinique médicale.
LEREBoullet . .	Clinique médicale in- fantile.	SCHWARTZ . .	Clinique chirurgicale
LÉRI . . .	Clinique médicale.	TERRIEN . . .	Clin. ophtalmologique.
LÉPER . . .	Clinique médicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé . . .	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.		Stomatologie.
N...		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur J.-L. FAURE

Hommage de notre très respectueuse reconnaissance pour l'accueil bienveillant qu'il a fait à notre thèse et l'honneur qu'il nous fait d'en accepter la présidence.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage.

M. le Professeur H. HARTMANN
(Hôtel-Dieu, 1916-1917).

M. le Professeur GILBERT (Hôtel-Dieu, 1916-1917)

M. le Dr G. LION (Pitié, 1919-1920).

Externat.

M. le Professeur Agrégé R. PROUST
(Ternon, 1920-1921).

M. le Dr G. LION (Pitié, 1921-1922).

M. le Professeur TESSIER
(Claude-Bernard, 1922-1923).

M. le Professeur Agrégé R. DEBRÉ
(Bretonneau, 1923).

A MES MAITRES DE L'HOPITAL SAINT-JOSEPH

Internat.

M. le Dr H. MAYET (1923-1924).

M. le Dr Ch. VILLANDRE (1924-1925).

A MM. les Drs A. HUGUIER, J. LANOS,
LEURET et LAURENCE

AVANT-PROPOS

Le sujet de cette thèse nous a été inspiré par notre maître M. le D^r Ch. Villandre, chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph, qui, non content de nous fournir les documents et directives nécessaires, dessina la planche hors-texte qui illustre le chapitre de technique opératoire.

Nous tenons à lui dire, au moment de commencer notre troisième année d'internat, combien nous lui sommes respectueusement reconnaissant de nous former tous les jours, avec autant de patience que de sévérité, à une technique toute d'élégance et de méthode.

A M. le D^r H. Mayet, chef du Service de Chirurgie Infantile, qui nous honora d'une paternelle affection et à qui nous devons tant de conseils et d'encouragements éclairés ;

A MM. les D^{rs} Barbet, chirurgien adjoint de l'Hôpital Saint-Joseph et Chicandard, assistant, qui nous ont également permis de pratiquer sous leur contrôle de nombreuses interventions, nous adressons l'hommage de notre respectueuse gratitude.



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE
AVEC DRAINAGE

INTRODUCTION

Les raisons qui décident le chirurgien à extirper l'utérus en totalité dans une hystérectomie abdominale constituent un problème fort complexe.

La question discutée depuis plus de trente ans a donné lieu à des critiques répétées, et l'on a pu voir l'hystérectomie abdominale totale tour à tour abandonnée, puis reprise par ceux-là mêmes qui les premiers l'avaient déconseillée.

L'hémostase plus difficile, l'opération plus longue et par conséquent plus shokante, l'ouverture d'une cavité septique, le vagin, la blessure possible de la vessie ou des uretères, l'effondrement pelvien ont été de tout temps les grandes objections faites à l'hystérectomie abdominale totale ; et depuis sa naissance en France, en 1891, où les premiers procédés nous ont été donnés par Guermonprez jusqu'à l'heure

actuelle, les opinions des maîtres les plus compétents se partagent et s'opposent.

C'est bien à propos des inflammations utérines ou utéro-annexielles et d'une façon générale, des suppurations pelviennes que se sont divisés les chirurgiens sur le terrain de l'hystérectomie.

Nous n'avons d'ailleurs pas à refaire ici l'historique des discussions ni des publications qui ont pu paraître à ce sujet. Retenons seulement que si l'hystérectomie abdominale totale a été maintes fois analysée à propos de faits particuliers et bien précis, elle se trouve toujours rejetée ou admise une fois pour toutes dans la pratique de chacun et qu'ainsi, ceux qui ne sont pas nettement ses partisans sont par définition, ses adversaires. Nous ne prétendons pas échapper à la loi commune, mais nous avons vu pratiquer, quelquefois pratiqué nous-même, et relevé dans les registres opératoires de notre maître le Dr Villandre, un nombre important d'hystérectomies abdominales totales.

Les nombreuses observations de gynécologie que nous avons étudiées et dont nous tentons de tirer des conclusions pratiques, nous confirment de plus en plus dans cette idée que le champ si vaste de la pathologie génitale de la femme et qui offre à considérer des indications opératoires d'une évaluation si difficile, ne permet pas d'instituer des règles immuables sur la conservation ou la suppression de tout ou partie des organes génitaux.

Nous laissons de côté presque complètement cette question pourtant capitale de la conservation utérine

partielle et de la conservation ovarienne, dans le but de garder une glande à sécrétion interne de première importance.

Il nous semble quand même bien établi qu'à tous les chapitres de la gynécologie chirurgicale, l'hystérectomie abdominale totale, dont nous avons relevé 320 observations inédites, a des indications propres et suffisamment intéressantes pour qu'on la préfère à la subtotal.

La condition capitale pour que l'opération puisse être menée à bien est qu'elle soit régie par une technique rigoureuse, procédant avec méthode temps par temps ; lorsque les difficultés opératoires forcent le chirurgien à s'en écarter quelque peu, il doit y revenir aussi rapidement que possible et ne jamais perdre de vue les directives générales. L'écoulement des suintements sanguins et des produits septiques est assuré par le drainage vaginal que l'on associe presque systématiquement à l'hystérectomie abdominale totale. Il est installé sous un toit colique sans cloisonnement du vagin.

Dans les formes particulièrement graves où la rupture d'une collection purulente, la libération dépérissante de vastes adhérences viscérales font craindre l'infection de la grande cavité péritonéale, il est bon d'avoir recours, en plus du drainage vaginal, au drainage abdominal avec tamponnement à la Mikulicz.

Rigueur de technique et drainage, tels sont les deux facteurs que nous considérons comme essentiels aux bons résultats opératoires.

Une bonne technique simplifie singulièrement une opération qui porte encore la réputation imméritée des cures longues et laborieuses ; le drainage pare pour ainsi dire à toutes les complications.

Nous avions pensé un moment à parcourir une à une toutes les affections justiciables de l'hystérectomie et à discuter à propos de chacune d'elles les formes où la totale nous semblait indiquée. A la pensée des développements et redites auxquels ce travail nous entraînerait, il nous a paru préférable, tout en gardant la classification pathologique, de bien étudier pourquoi et comment l'hystérectomie totale a été pratiquée dans les principales affections.

Nous y verrons que la valeur, en apparence incontestable, des arguments présentés par les partisans de la subtotale, tombe souvent en présence des avantages évidents de l'hystérectomie totale, et que si nous préférons plus volontiers celle-ci à celle-là c'est que l'hystérectomie totale est une opération bonne en soi, sans qu'il faille pour l'adopter être blasé sur les autres.

L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE ET LES FIBROMES

Il existe toute une catégorie de fibromes pour lesquels le chirurgien ne songe même pas à l'hystérectomie abdominale totale.

Ce sont en premier lieu les fibromes de petit volume, mais à développement rapide, observés chez une femme jeune, en dehors de toute inflammation annexielle, qui peuvent bénéficier d'un traitement physiothérapique, radio ou curiethérapie.

Mais il en est d'autres dont l'évolution pathologique a écarté tout essai de traitement médical et qui relèvent pour le moins, soit d'une myomectomie abdominale ou vaginale, soit d'une hystérectomie subtotale. La contre-indication formelle à ces interventions se présente lorsque des lésions concomitantes inflammatoires annexielles sont évidentes.

La myomectomie abdominale s'applique surtout aux petits noyaux bien isolés, peu nombreux, à siège sous-péritonéal et d'énucléation facile ; c'est le procédé de choix pour les fibromes pédiculés non dégénérés.

La myomectomie vaginale convient aux seuls polypes fibreux et non aux fibromes sous-muqueux ou interstitiels, qui ne font pas saillie hors du col.

L'hystérectomie par voie vaginale doit être désormais considérée comme ayant les mêmes indications que l'hystérectomie abdominale totale par voie haute, mais elle est plus spécialement réservée aux femmes fatiguées ou grasses, à paroi abdominale de tonus médiocres. Encore faut-il dans ces cas que le volume du fibrome soit assez modéré pour permettre un abaissement facile et que l'utérus ait conservé toute sa mobilité. Les procédés de morcellement sont pénibles, peu élégants, dangereux même, car ils nécessitent des manœuvres de force au fond d'un puits, exposent au pincement de l'uretère et de la vessie par les clamps, et aux fistules urinaires.

La subtotalité n'est pratiquée que dans les fibromes, de volume indifférent, mais bien isolés du fond de l'organe, quand le parenchyme utérin semble par ailleurs parfaitement sain et que le col est indemne.

Il en est tout autrement de l'utérus dit « fibromateux ». Les nombreux noyaux interstitiels qui l'imprègnent et le déforment ont toujours plus ou moins agrandi sa cavité. Le canal cervical est élargi, et sous sa muqueuse qui peut être saine se cachent souvent des lésions très avancées de métrite parenchymateuse.

Les aspects cliniques de cet utérus dit « fibromateux » sont très divers ; ce sont ceux-là qu'il faut traiter délibérément par l'hystérectomie abdominale totale.

1^o La question ne se pose pas dans les fibromes ayant envahi le col utérin. Avant même d'opérer, le chirurgien a prévenu sa malade, dès qu'il a reconnu

par le toucher et l'examen au spéculum ces tumeurs d'aspect si spécial où toute trace de col semble avoir disparu, quand il n'est pas remplacé par une masse dure, irrégulièrement sphéroïde, plongeant dans l'excavation à la façon d'un col d'utérus gravide à la phase de dilatation.

Cet agent de compression pelvienne, source de troubles de tout ordre, sensitifs, urinaires, digestifs, ne peut être levé que par l'hystérectomie abdominale totale.

2^o Même conduite à tenir dans les fibromes développés sur les côtés de l'utérus, dans la base du ligament large. Leur situation basse, déjetant complètement le col à droite ou à gauche et comprimant en même temps l'uretère, les délabrements rendus nécessaires pendant l'opération dans le péritoine aminci qui les recouvre, imposent non seulement l'hystérectomie abdominale totale, mais le drainage vaginal associé, pour des raisons que nous aurons à développer dans un chapitre spécial.

3^o L'utérus est reconnu tout entier fibromateux à l'exception du col. Il est, ici encore, de gros arguments qui militent néanmoins en faveur de l'hystérectomie abdominale totale.

Quand le fibrome continue son développement progressif après la ménopause, il faut le considérer avec J.-L. Faure comme une tumeur très suspecte, et l'extirper en totalité. S'il coexiste avec des lésions métritiques, l'hystérectomie abdominale totale est seule capable de mettre les malades à l'abri de la

métrite très probable du moignon cervical. C'est une métrite assez rebelle qui provoque pertes et douleurs au repos comme au moindre effort et devient bientôt une véritable obsession chez ces malades qui ne comprennent même plus le bénéfice de l'intervention.

Cette métrite est d'ailleurs rarement isolée, elle est souvent liée à une annexite double, à des lésions scléro-kystiques des ovaires. On sait l'importance et les dangers de ces lésions inflammatoires associées qui peuvent être le point de départ d'infections graves et quelquefois mortelles. Aussi, longtemps avant l'intervention, ces malades sont-elles soumises à un traitement médical très suivi, destiné à tarir dans la mesure du possible les écoulements septiques.

Mais même après que l'opération a été décidée, il n'est pas rare à l'ouverture de l'abdomen de trouver des fibromes très adhérents à la vessie ou au rectum. La libération de ces adhérences est très délicate ; elles peuvent être renforcées par des voies vasculaires anormales, car les tissus infectés saignent toujours facilement ; la tumeur se dégage, mais on dépéritonise. Pour prévenir l'infection de ces surfaces cruentées et assurer l'écoulement du sang qui en favoriserait la culture, nous croyons réunir les suffrages en réclamant un drainage large ; l'hystérectomie abdominale totale l'établit immédiatement par le vagin.

4° *In situ*, dans le fibrome même, peuvent exister enfin des lésions de dégénérescence qui sont autant d'indications de pratiquer l'hystérectomie totale. Ces fibromes dégénérés, qu'ils soient pédiculés ou sessiles,

peuvent être le siège de sphacèle ou de suppurations, qui, comme le conseillait Labey au dernier Congrès de Chirurgie doivent être traités par l'hystérectomie abdominale totale avec tamponnement à la Mikulicz. « Quand le foyer communique avec l'utérus, dit cet auteur, l'intervention est grave et la voie vaginale souvent assez peu commode pour que certains chirurgiens aient dû terminer par l'abdomen une opération entreprise par le vagin. »

5° Mais, même sans faire appel à ces complications locales où l'infection joue un rôle, il faut savoir se décider pour l'hystérectomie totale en présence du *fibrome hémorragique*, rebelle à tous les traitements.

Il va d'ordinaire avec une leucorrhée et des douleurs persistantes, et c'est par conséquent une forme particulière d'utérus métritique. L'affaiblissement extrême dû au retard apporté dans la décision opératoire est une raison majeure pour hâter le moment de l'hystérectomie ; nos raisons de préférer ici la totale à la subtotale sont les mêmes que pour l'utérus compliqué de métrite.

6° C'est arriver bien tard que de remettre en question en fin de ce chapitre le danger de la cancérisation des moignons. Ce danger qui paraît être peu redoutable dans les annexites, doit être regardé de plus près dans les hystérectomies pour fibromes. Depuis longtemps les auteurs ont insisté sur « cette tendance hyperplasique des fibromes qui prédispose au cancer ». Les statistiques récentes de Polak, Schottlander, Herbert, Spencer, Noble, portant sur

900 opérées environ, relèvent 2 à 3 % d'épithéliomas du col survenus chez des hystérectomisées après la subtotale, ou ignorés cliniquement et diagnostiqués sur les coupes après l'hystérectomie totale.

C'est peut-être encore peu pour les partisans de cette dernière opération, qui nous opposeraient volontiers les « statistiques vierges » de Routier, Schwartz, J.-L. Faure. Oui, sans doute, mais nous ne revoyons pas indéfiniment nos opérées, et peut-être trouverions nous la proportion plus forte longtemps après l'intervention. C'est du moins ce que nous dit la communication intéressante de Baldwin qui apporte à l'appui de cette opinion 11 observations d'épithéliomas développés sur le col utérin dans un délai de cinq à vingt et un ans après une hystérectomie subtotale.

Que l'on ne nous oppose pas les cancers développés sur la cicatrice vaginale, pour nous répondre que la totale n'évite pas la cancérisation secondaire.

Ces cas sont fort rares et nous n'en trouvons qu'un seul à publier dans notre statistique ; mais seraient-ils plus nombreux qu'ils ne prouveraient jamais que même la totale est encore insuffisante, et que l'opération doit être plus large d'emblée. Dans cet ordre d'idées, la totale est donc encore plus conforme à la logique.

Il semble que les infections chroniques du col, les grossesses répétées, et, d'une façon générale toutes les causes d'irritation persistante ou maintes fois répétées de la muqueuse cervicale prédisposent à ces hyperplasies, qui comprennent tous les états inter-

médiaires entre la glande normale, l'adénome et le cancer vrai de type cylindrique. Ce fait bien connu des histologistes n'est-il pas à retenir dans le traitement des fibromes compliqués de métrite ou de lésions annexielles, dans les fibromes mous ou en voie de sphacèle, dans les fibromes simplement métritiques?

Nous pouvons donc conclure qu'à part les quelques cas bien définis envisagés au début de ce chapitre, l'hystérectomie abdominale totale doit être considérée comme la cure radicale des fibromes utérins, et que Ricard avait vu juste lorsqu'il annonçait dès 1896 que l'hystérectomie abdominale totale avait « conquis son droit de cité et qu'elle était désormais pour les fibromes l'opération que l'avenir rendrait classique ».

FIBROMES

OBSERVATION 9

M. M. Anne-Marie, 43 ans.

Fibrome utérin très étalé dans le ligament large à droite et à gauche.

H. A. T. le 26 décembre 1919. Fermeture du vagin.

Sortie de l'hôpital le 25 janvier 1920.

D^r VILLANDRE,

OBSERVATION 12

Mme B..., Celina, 49 ans.

Utérus fibromateux métritique.

H. A. T, le 2 février 1920. Drainage vaginal.

Sortie le 26 février. Revue le 1^{er} avril et le 7 décembre en très bon état.

Dr BARBET.

OBSERVATION 48

Mme P..., Juliette, 44 ans.

Fibrome utérin intra-ligamentaire droit.

Rétroversion. Annexes droites adhérentes.

H. A. T. et F. V. le 7 mars 1920. Sortie le 29 mars.

Dr VILLANDRE.

OBSERVATION 71

Mme C..., Jeanne, 46 ans (antécédents d'alcoolisme).

Fibrome utérin.

H. A. T. et D. V. le 28 novembre 1921.

Décédée 29 novembre.

A l'autopsie :

Paroi intacte, pas de pus, pas de lésions de péritonite, pas d'hémorragie pelvienne.

Estomac très dilaté, contenant un liquide chocolat. Foie petit, atrophié.

Dr VILLANDRE.

OBSERVATION 100

M^{me} C..., Aline, 31 ans.

Gros fibrome enclavé adhérent au fond du Douglas.

Annexes inflammatoires, collées à la face postérieure de l'utérus.

H. A. T. et D. V. le 7 octobre 1922.

Sortie le 26 octobre. Revue le 27 novembre 1923, très bon état.

Dr BARBET.

OBSERVATION 107

M^{me} D..., Émilienne, 42 ans.

Gros fibrome sous-péritonéal. Adhérences vésicales et rectales très étendues et très serrées par annexite double. Petite perforation rectale d'un centimètre de diamètre au cours de la libération de ces adhérences. Enfouissement par trois surjets au cat-gut.

H. A. T. et D. V. le 12 décembre 1922.

Sortie le 2 janvier 1923.

Dr BARBET.

OBSERVATION 124

M^{me} B..., Albine, 51 ans.

Gros fibrome utérin difficile à désenclaver.

Adhérences serrées de la trompe gauche et de l'ovaire

du même côté qui est scléro-kystique. Libération de ces adhérences. Pour faciliter l'intervention, on commence par une hystérectomie subtotale qui est ensuite totalisée.

H. A. D. et D. V. le 3 avril 1923.

Sortie le 22 avril. Revue le 4 juin. Bon état, troubles d'insuffisance ovarienne.

Dr BARBET.

OBSERVATION 170

Mme S..., Maria, 32 ans.

Utérus fibromateux métritique adhérent en arrière au rectum et en avant au péritoine vésical.

H. A. T. et D. V. le 10 juin 1924.

Revue le 15 septembre 1920, très bon état.

Dr VILLANDRE.

OBSERVATION 187

Mme B..., Berthe, 43 ans.

Fibrome utérin. Annexite gauche.

Gros noyau fibromateux inclus dans la base du ligament large gauche. Annexes gauches inflammatoires adhérent au colôn sigmoïde.

Trompe droite scléro-kystique.

H. A. T. et D. V. le 30 septembre 1924. Sortie le 19 octobre.

Revue le 8 novembre. Très bon état.

PERSONNELLE.

OBSERVATION 226

Mme P..., 41 ans.

Métrite chronique. Petit fibrome.

H. A. T. et D. V. le 26 juin 1920. Sort guérie au vingtième jour. Le 15 septembre 1920 apparition et développement d'un néoplasme sur la cicatrice vaginale. Évolution rapide. Mort par généralisation en janvier 1921.

D^r BARBET.

L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE ET LES ANNEXITES DOUBLES

C'est surtout la question du traitement chirurgical des annexites qui a divisé les chirurgiens sur le terrain de l'hystérectomie. Les tendances ont été très différentes suivant les époques ; mais il semble bien cependant qu'à la suite de méthodes souvent contradictoires, on ait mis au point les grands chapitres de base, dont nous retracerons l'histoire en quelques mots.

Les premières interventions pour annexites datent de 1887 ; ce sont pour la plupart des cœliotomies. Bien peu se livraient encore à la chirurgie abdominale ; la laparotomie était toujours une opération de grande envergure où l'habileté du chirurgien ne compensait pas les fautes graves commises contre une asepsie qu'on ne faisait qu'entrevoir. Les malades étaient opérées de façon incomplète et souvent intempestive ; l'intervention pratiquée en position horizontale était longue, mal éclairée, sans protection de la grande cavité. On comprend dès lors les déboires de ces premières tentatives et le taux élevé de la mortalité.

Les statistiques aussi loyales que lamentables de cette première période préparent les chirurgiens à

faire le meilleur accueil à l'hystérectomie vaginale, innovée par Péan vers la même date.

Mais peu à peu, l'asepsie remplace l'antisepsie ; on opère sur un plan incliné et la grande cavité est protégée par de grandes compresses. Les résultats publiés par Hartmann en 1891 marquent un progrès incontestable, mais les suites éloignées ne sont pas beaucoup plus heureuses et les interventions secondaires sont fréquentes.

On est donc amené à penser que si l'opération est chirurgicalement propre, elle est quand même incomplète, et c'est dans cet esprit que Delagénière, s'inspirant des procédés américains de Polk et Baldy, introduit en France, en 1894, l'hystérectomie abdominale totale dans le traitement des annexites. Les résultats obtenus sont bons ; dès lors les indications de la voie vaginale commencent à se restreindre, quand la polémique reprend pour établir si l'on doit extirper tout ou partie de l'utérus, si l'hystérectomie doit être totale ou subtotale.

La question n'est pas aujourd'hui résolue. Statistiques, travaux et thèses ont été nombreux sur ce sujet. Actuellement l'hystérectomie abdominale totale compte beaucoup de partisans parmi lesquels Hartmann, Mayer, Rochard et Gosset. Toutefois le rôle physiologique des ovaires chez des femmes encore jeunes a donné lieu à des essais très inégaux de chirurgie conservatrice. On parle de salpingorraphies, de salpingostomies, de salpingopexies, donnant presque toutes des résultats médiocres.

Une tentative récente et qui semblerait plus heureuse que les autres, est celle de l'hystérectomie fundique, bien décrite dans la thèse de Gaudart d'Allaines, où l'on vise par une opération économique, à parer chez les jeunes femmes aux troubles de la ménopause artificielle précoce. L'intervention consiste à respecter au moins trois centimètres de muqueuse utérine, au-dessus de l'isthme, à condition que l'on puisse conserver un ovaire ou un fragment d'ovaire sain et que la péritonisation soit possible à l'aide du péritoine vésical, au niveau du moignon utérin.

On voit que de la confrontation de techniques fort différentes, sont nées des acquisitions d'un grand intérêt, tels que le souci de l'hémostase, la protection de la grande cavité, la péritonisation, et la tendance à conserver les fonctions ovariennes.

Ces préoccupations sont maintenant celles de tout chirurgien, quelle que soit son opinion sur l'étendue de l'hystérectomie. Mais il faut reconnaître aussi que la situation sociale de la malade joue un rôle dans la décision de l'opérateur, et que celui-ci est souvent amené à pratiquer des interventions plus larges que ne le réclamait la nature de l'affection, parce que l'opérée doit reprendre le travail après une courte convalescence et qu'elle demande une guérison aussi rapide que radicale. C'est là surtout qu'il faut raisonner sur un cas et non appliquer un système.

On ne pratique pas l'hystérectomie dans les formes d'extrême urgence où une grosse collection puru-

lente doit être évacuée par un procédé rapide tel que la colpotomie ; la colpotomie n'est dans ces cas, selon l'expression de Parrical de Chamard, que « l'opération palliative précédant l'hystérectomie que l'on fera secondairement ».

Il faut savoir attendre également dans les « péri-méto-salpingites » à évolution chronique ou subaiguë, qu'on doit traiter par la glace jusqu'au complet refroidissement.

L'hystérectomie abdominale totale que nous voulons étudier ici est donc celle que le chirurgien décide quand le traitement médical a échoué.

La malade n'a plus de fièvre, mais elle continue à souffrir ; ses lésions sont bien refroidies, elle est au repos depuis plusieurs mois, apyrétique ; tout en un mot a été préparé pour que l'opération ait lieu dans les meilleures conditions.

Les annexites doubles, bien déterminées, doivent être traitées, en dépit de quelques conceptions modernes, par l'hystérectomie abdominale totale.

On dit, en effet « annexites doubles », alors qu'il serait plus vrai de les définir « méto-annexites » car il n'y a pratiquement pas d'annexites doubles sans coexistence des lésions métritiques ; l'utérus est toujours porteur de lésions inflammatoires plus ou moins avancées et qui, dit-on, prédominent en telle ou telle zone de l'organe.

Le seul problème qui puisse se poser est donc celui-ci : « Faut-il enlever la totalité de l'utérus, ou limiter l'opération à l'ablation des parties malades ? »

C'est une conception un peu théorique que de limiter ainsi l'infection sur une surface bien isolée de l'organe, et sur telle ou telle épaisseur. En admettant même que cette localisation soit réelle, il est bien difficile d'apprécier exactement l'étendue et le degré de ces lésions qui vont de la simple endométrite limitée à la muqueuse, au gros utérus scléreux, dont toutes les tuniques sont atteintes et qui peut lui-même dégénérer. L'œil et la main ne peuvent prétendre ici à faire œuvre de microscope, et il nous paraît bien avancé de prédire l'avenir des restes d'un organe, qui a été sectionné au niveau de son fond, de sa partie moyenne ou de son col. Mieux vaut donc admettre en gros que l'utérus est franchement malade ou franchement sain ; et que dans tous les cas où il est seulement suspect il est, du même coup, en totalité extirpable.

L'utérus peut, il est vrai être sain ; et l'on a vu de ces annexites doubles mais bien éteintes avec un utérus qui a souffert sans doute, mais qui a guéri. Ce sont celles que Dedet décrit dans sa thèse avec beaucoup de verve et d'exactitude « ces dessins de poches salpingiennes grosses comme des mandarines bien isolées..., ces figures aimables où l'utérus toujours facile à voir, laisse en arrière de lui un cul-de-sac de Douglas net et bien dessiné ». Il est tentant en face de ces cas faciles, de pratiquer une hystérectomie subtotale, et seule la question de métrite ultérieure ou de dégénérescence du moignon cervical pourrait être soulevée.

En réalité ces formes simples « où tous les organes apparaissent nettement détachés les uns des autres » sont rares. L'infection n'arrive pas ainsi impunément de droite et de gauche au-dedans de l'utérus sans provoquer non seulement la métrite, mais des réactions inflammatoires de voisinage, qui créent des adhérences à l'intestin grêle, à la vessie, au rectum, comblent les culs-de-sac péritonéaux, suppriment les plans de clivage et rendent l'opération difficile.

De toute façon le chirurgien aura à exécuter une intervention où l'infection est certaine, où il y a non seulement annexite et métrite, mais pelvi-péritonite. La libération des adhérences provoquera des suintements sanguins continus sur lesquels nous reviendrons en parlant du drainage ; du pus et des liquides septiques devront être évacués. La seule opération qui s'impose de la façon la plus nette est l'hystérectomie abdominale totale avec drainage. Et si l'on excepte les préoccupations concernant l'avenir du col, on peut dire que les raisons de pratiquer ici l'hystérectomie totale sont presque les mêmes que celles de drainer : éviter à tout prix les dangers de l'hémorragie et les risques de l'infection.

L'hystérectomie totale d'emblée n'est pas toujours facile, quand « après libération d'adhérences, l'utérus est perdu dans un magma sans forme, quand les poches annexielles ne semblent plus avoir de parois propres, que les plans de clivage deviennent des mythes ». Ces cas comportent alors les indications d'une subtotalité que l'on totalise aussitôt. L'hysté-

rectomie totale est ainsi pratiquée en deux temps; c'est l'hystérectomie subtotale totalisée, d'après la technique de Rochard, et qu'on trouve fort bien décrite dans la thèse de son élève Dedet.

Doivent être également considérées comme des annexites doubles et traitées comme telles une annexite unilatérale coexistant avec un kyste ovarien du côté opposé, avec un kyste intraligamentaire, surtout s'il existe des adhérences à l'utérus, avec une tumeur végétante de l'ovaire.

De même, les kystes intra-ligamentaires, les kystes compliqués de lésions symétriques de l'autre ovaire ou de l'autre trompe doivent être eux aussi extirpés en bloc par l'hystérectomie abdominale totale.

ANNEXITES

OBSERVATION 38

M^{me} B..., 38 ans.

Salpingite double. Adhérences du côlon pelvien et du rectum. La gauche adhère au Douglas, la droite infiltre le ligament large.

H. A. T. par le procédé américain de droite à gauche.

Ouverture de l'une des trompes. Drainage par le vagin et tamponnement à la Mickulicz, 29 novembre 1920.

Sortie le 27 décembre 1920.

D^r VILLANDRE.

OBSERVATION 67

D... Charlotte, 28 ans. Annexite double.

Laparotomie médiane le 12 octobre 1921.

Adhérences intestinales et épiploïques aux organes du petit bassin. Grosse poche fluctuante à droite paraissant être un kyste suspendu à l'ovaire. Dissection assez pénible. Après ponction au trocart, ouverture de la poche. L'uretère est visible depuis le rebord supérieur du pelvis jusqu'à la vessie et sa dissection est particulièrement laborieuse. Il fait partie de la paroi externe du kyste. Salpingite suppurée à gauche. Kyste de l'ovaire. Pas d'appendicectomie.

H. A. T., D. V. et drainage abdominal avec tamponnement à la Mikulicz. Sort guérie le 8 novembre ; revue le 22 octobre 1923, pas d'éventration.

D^r VILLANDRE.

OBSERVATION 59

D..., Lucienne, 14 ans.

Pelvipéritonite par annexite double.

Laparotomie le 23 mai 1921.

Adhérences très serrées fixant les anses grêles et le colon pelvien dans tout le petit bassin. Ces adhérences sont assez faciles à rompre, mais saignent abondamment sans qu'on puisse songer à faire des ligatures. Le cul-de-sac vésico-utérin est comblé par des adhérences. Les deux ovaires sont plaqués et solidement fixés à la face postérieure du ligament large.

Du côté gauche la trompe paraît malade ; celle du côté droit volumineuse, adhère au ligament rond, au rebord du pelvis et au Douglas, encerclant l'ovaire. Il existe de plus un petit kyste sous séreux au niveau de l'espace compris entre le ligament rond et la trompe. L'appendice ne paraît pas participer à l'inflammation ; aperçu à aucun moment *on ne le cherche donc pas.*

H. A. T. et D. V.

L'utérus est très petit, à vascularisation très réduite.

Sort guérie le 9 juin.

Dr VILLANDRE.

OBSERVATION 68

G... Olga, 18 ans.

Collection purulente pelvienne.

Laparotomie médiane le 26 octobre 1921. Adhérences très étalées du grand épiploon au pelvis.

Libération facile de ces adhérences avec trois ligatures ; on constate alors que le cœcum, la terminaison de l'iléon sur une longueur de près d'un mètre et le côlon pelvien forment une masse dans laquelle on arrive à dissocier péniblement l'intestin grêle et le colon pelvien. On arrive ainsi sur la vessie qui présente un épaissement marqué de sa paroi dans toute sa moitié droite. Enfin, on découvre l'utérus très petit, basculé, dans le Douglas, avec les ovaires fixés ainsi que les trompes qui sont kystiques, principalement la droite. A aucun moment on ne trouve de pus. Finalement le cœcum est décollé de la fosse iliaque et on trouve un moignon d'appendice dans la masse d'adhérences. Examen histologique : pas de tuberculose.

H. A. T. et D. V.

Revue le 26 janvier 1922. Bon état, érythème vulvaire.

Revue le 9 octobre 1922. Bon état.

Dr VILLANDRE.

OBSERVATION 87

C... Renée, 22 ans. Pelvi-péritonite.

Après laparatomie médiane sous-ombilicale, on constate de multiples adhérences, en avant, du côté de la vessie, et à droite entre le cœcum et les annexes droites. Utérus très petit, plaqué en avant, annexite bilatérale surtout marquée à droite. On libère les adhérences et on tombe sur une collection purulente du Douglas. L'appendice présente de grosses lésions inflammatoires et contient du pus, il est nettement à l'origine de ces lésions.

H. A. T. et D. V. le 22 mai 1922.

Revue le 20 novembre 1922. Bon état.

Dr VILLANDRE.

OBSERVATION 110

A... Justine, 24 ans. Métrite parenchymateuse.

30 décembre 1922. Laparotomie médiane sous-ombilical. Utérus difficilement mobilisable en raison de la périmétrite surtout au niveau du col et de l'isthme. Hémostase difficile.

H. A. T. et D. V. le 30 décembre 1922.

A l'examen de la pièce on constate : cicatrices profondes sur la lèvre postérieure du col, qui est très déformée. A la

coupe, au niveau de partie inférieure du col et de l'isthme, noyau fibromateux interstitiel.

Revue successivement le 5 mars 1924, le 14 mai puis le 8 octobre 1923, en très bon état.

D^r VILLANDRE.

OBSERVATION 122

A... Emilia, 32 ans. Salpingite droite.

Laparotomie médiane le 3 mars 1923.

Le Douglas est rempli d'une collection hématique. Utérus normal. A gauche ovaire scléro-kystique sans adhérences. A droite, hémato-salpinx adhérent.

H. A. T. et D. V. Appendicéctomie.

Revue le 5 novembre 1923. Bon état.

D^r BARBET.

OBSERVATION 149

V... Andrisine, 27 ans. Salpingite double.

10 novembre 1923. Laparotomie médiane.

Grosse masse emplissant toute la fosse iliaque droite. Décollement extrêmement difficile, ponction puis section de la trompe droite. Il existe trois poches purulentes dans le cul-de-sac droit, rompues au cours de l'intervention. La trompe et l'ovaire droit sont contenus dans la masse purulente et méconnaissables. Au cours de la libération dans la dernière partie de l'iléon, l'intestin se perfore. Suture enfouissement de la brèche intestinale. Appendice énorme œdémateux adhérent à la poche (appendicéctomie).

H. A. T. et D. V. et drainage abdominal avec tamponnement à la Mickulicz.

Sort guérie le 20 décembre 1923.

Dr VILLANDRE.

OBSERVATION 155

S^r Saint-X..., 29 ans. Double kyste de l'ovaire.

Le 17 janvier 1924. Laparotomie médiane. A droite, kyste multiloculaire de la grosseur de deux poings inclus dans le ligament large. Adhérence de l'appendice et du côlon ascendant à la masse. A gauche, kyste intra-ligamentaire, recouvert par le côlon sigmoïde. Le péritoine vésical remonte très haut sur la face antérieure de l'utérus.

H. A. T. et D. V.

Appendicectomie.

Sort guérie le 4 février.

Dr VILLANDRE.

OBSERVATION 78

B... Angèle, 47 ans. Kyste de l'ovaire.

Le 17 février 1922.

Laparotomie médiane. Gros utérus fibromateux. Après extériorisation, on tombe dans le Douglas sur un kyste de l'ovaire gauche enclavé et des annexes très augmentées de volume. Libération des adhérences. Énucléation du kyste et extériorisation des trompes.

H. A. T. et D. V. Appendicectomie.

A l'ouverture de la pièce :

Utérus : la masse fibromateuse occupe toute la face antérieure, pas d'obstacle vers les trompes.

Kyste : liquide citrin.

Trompes : hématosalpinx.

Sort guérie le 9 mars 1922.

Revue le 15 juin 1922. Très bon état.

Dr VILLANDRE.

OBSERVATION 43

G... Henriette. Utérus fibromateux. Tumeurs annexielles.

Le 27 octobre 1920.

Hystérectomie abdominale totale. D. V.

Tumeurs végétantes des deux ovaires.

Examen histologique.

Épithélioma végétant avec boyaux de carcinome. On voit deux sortes d'éléments :

1^o Des végétations épithéliales cylindriques du type papillaire comme dans les kystes végétants ;

2^o Des boyaux de cellules carcinomateuses.

Sort le 28 novembre.

Le 13 janvier 1921. Petit bourgeon sur la cicatrice vaginale.

Revue le 10 février, le 24 mai et le 9 juin.

Parfait état.

Dr VILLANDRE.

L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE ET LE CANCER DE L'UTÉRUS

L'hystérectomie abdominale totale trouve ses indications dans le traitement du cancer utérin à des moments et à des degrés variables, selon qu'il s'agit d'une localisation au corps ou au col de l'organe. Un point capital cependant les relie, c'est que lorsque le néoplasme est déclaré « opérable », l'intervention doit être d'autant plus large que le cancer est plus près de son début et qu'il est moins étendu.

De cette règle de base, on déduit facilement la conduite à tenir en présence du cancer du corps. Son évolution est extrêmement lente, il a peu de tendance à l'envahissement, en particulier du côté du col, et l'hystérectomie d'après la technique que nous aurons à décrire, est d'ordinaire l'opération suffisante et définitivement curative. Il importe seulement que l'organe ait conservé sa mobilité, et par conséquent que le diagnostic ait été précoce. Aussi les hémorragies des vieilles femmes, rebelles au traitement en dehors de toute cause évidente, commandent-elles le curetage explorateur en vue de l'examen biopsique. Ce curetage ne doit pas être fait à la légère, mais comme le conseille Rubens-Duval, avec la plus grande attention, en ramenant la totalité des débris sur une com-

presse aseptique, sans les traumatiser et sans les plonger dans un liquide fixateur dont l'histologiste seul est juge.

La réponse à cet examen biopsique, quand elle est positive, décide de l'hystérectomie totale. Dans le cas contraire, la malade est soumise à une surveillance très étroite ; sa lésion est étiquetée jusqu'à nouvel ordre « métrite hémorragique » et c'est dans ce cas seulement qu'on est autorisé à pratiquer la curiethérapie, qui, il faut le reconnaître, fait quelquefois merveille.

Le traitement du cancer du col est soumis aux mêmes règles générales, mais il s'est modifié en raison des acquisitions récentes fournies par les traitements physiothérapiques, en particulier par la curiethérapie. On ne peut encore tirer des conclusions précises des divers essais tentés. Chaque chirurgien apporte ses statistiques, toutes de portée et de valeur différentes ; il serait donc prématuré de formuler dès à présent des règles formelles. Mais certains faits précis semblent cependant se dégager de contradictions apparentes et s'opposer à l'empirisme des chercheurs.

Notre maître R. Proust, qui depuis quelques années se donne entièrement à cette question et dans le service duquel nous avons vu naître et s'étendre rapidement la curiethérapie, en a tracé les grandes lignes. D'après lui et d'autres chirurgiens autorisés, la curiethérapie pour qu'elle soit efficace, doit avoir pour l'instant comme objectif de stériliser un utérus cancéreux en vue de le rendre opérable.

La curiethérapie ainsi comprise est donc bien un traitement préopératoire, qui n'entend nullement restreindre le domaine de la chirurgie, mais au contraire en faciliter l'accès. « Il faut savoir, dit Proust, attendre trois semaines, au minimum après l'application du radium... A ce moment l'hystérectomie est généralement facile et n'est pas chargée d'un pronostic plus grave que lorsqu'elle est pratiquée d'emblée. » Robert Monod raisonnant sur les statistiques de Gosset et ses résultats personnels arrive à peu près aux mêmes conclusions.

Mais si la curiethérapie est un précieux auxiliaire, doit-elle être l'étape nécessaire et systématique précédant l'hystérectomie? En d'autres termes, si nous la considérons comme un moyen précieux de faciliter l'opération, doit-on y avoir recours néanmoins quand cette opération est facile d'emblée? Ce qui revient à dire : « Y a-t-il bénéfice ou risque à faire de la curiethérapie dans les cas simples? »

Le « cas simple » est celui qui n'a pas encore dépassé un seuil d'opérabilité au delà duquel il ne serait plus opérable. Ce seuil est franchi, lorsqu' « il y a envahissement du cul-de-sac du vagin, infiltration de voisinage du paramètre et spécialement de la base des ligaments larges, quand enfin la mobilité de l'utérus n'est que relative ».

Ces limites ont été fixées par J.-L. Faure ; avant elles il est inutile de pratiquer une curiethérapie préopératoire ; après elles, elle rend au contraire les plus grands services.

L'opération de choix dans les cas simples est l'hystérectomie d'après la technique de Freud-Wertheim ; c'est l'hystérectomie élargie.

Les cas difficiles mais rendus simples par la curiethérapie bénéficient eux aussi du Wertheim.

Quant aux formes très étendues, avec infiltration large des paramètres, chez des malades très affaiblies ou simplement grasses, il faut renoncer aux interventions larges, et se contenter d'une hystérectomie totale suivie, sans grand espoir d'ailleurs, d'application de rayons pénétrants.

On a pu constater en effet que la curiethérapie a un centre de rayonnement dont les limites correspondent pratiquement à celles de l'intervention chirurgicale, et dans lesquelles son action reste stérilisante. Passé ces limites, l'action semble être inverse et exciter la prolifération néoplasique.

De même qu'il n'est pas toujours aisé de définir un cas simple, il y a donc à l'autre extrême un criterium indéfinissable qui caractérise les cas graves, que même la curiethérapie ne pourra simplifier. Un examen approfondi de la malade, complété par la cystoscopie et la rectoscopie, et le souvenir d'autres cas antérieurs, aideront à cette classification.

Les cas nettement inopérables seront soumis aux rayons pénétrants à titre palliatif. Ces rayons peuvent être aussi utilisés dans les cas simples ou simplifiés par la curiethérapie, mais seulement au delà des limites d'action du radium, c'est-à-dire dans les zones déjà éloignées d'extension.

Nous n'avons pas à rappeler ici les détails de la technique de Freud-Wertheim qui consiste à extirper non seulement l'utérus et les annexes, mais la partie supérieure du vagin avec le col et le paramètre.

Nous nous permettons cependant de rappeler avec quel soin il est indispensable de poursuivre la dissection de la collerette vaginale une fois créée, et surtout le dégagement des uretères, « comprimés plus souvent qu'ils ne sont envahis » et en dehors desquels on liera les utérines.

Les délabrements larges dans le péritoine pelvien qu'il est souvent impossible de reconstituer, font ressortir ici, autant que dans les annexites, les trois gros dangers, hémorragie, infection (car le cancer est souvent infecté), et dangers de septicémie par l'intermédiaire des surfaces dépéritonisées.

Le drainage vaginal revient donc ici avec toutes ses indications et tous ses droits. Il doit être complété par le drainage abdominal à la Mickulicz, si l'on agit d'après le conseil de J.-L. Faure qui l'emploie presque toujours, et auquel il attribue une grosse part de ses succès.

L'intervention, à condition d'être rapide et bien conduite, donne des résultats incomparablement supérieurs à ceux des premiers chirurgiens qui la tentèrent, puisque la mortalité opératoire tombé actuellement entre 4 et 6 %, chiffre que l'on peut espérer plus bas encore, si les résultats obtenus continuent à être échangés avec autant d'impartialité entre chirurgiens et physiothérapeutes.

OBSERVATION 33

H... Victorini, 56 ans. Cancer de l'utérus (corps) le 15 octobre 1920.

Hystérectomie totale. Annexes adhérentes au ligament large.

Examen de la pièce.

Muqueuse utérine bourgeonnante d'aspect néoplasique. A l'examen hystologique, le fond de la cavité utérine apparaît rempli de petite végétation en choux-fleurs de nature papillomateuse.

Revue le 25 novembre 1920.

Revue le 25 novembre 1920.

— 23 décembre,

— 20 octobre 1921.

— 16 mars 1922, très bon état.

Dr BARDET.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

1^o SOINS PRÉOPÉRATOIRES. — a) *La veille de l'opération.* — Préparation de la peau de la paroi abdominale ; asepsie aussi parfaite que possible du vagin. Nous insistons tout particulièrement sur la préparation de la cavité vaginale qui doit être confiée à des mains expertes et minutieuses ; elle consiste en une grande injection de deux litres d'eau bouillie légèrement alcalinisée, ou additionnée d'un antiseptique faible, tel que le liquide de Dakin. Il est bon dans les cas de métrite avec pus ou de cancer, de laisser même un tamponnement de protection dans le vagin. Le savonnage au doigt est une bonne pratique quand il est bien exécuté ; il doit être suivi d'une grande injection.

b) *Avant l'opération.* — Lavement évacuateur.

c) *Au moment d'opérer.* — Cathétérisme vésical.

2^o ANESTHÉSIE. — Le choix de l'anesthésique est surtout basé sur les indications ou contre-indications fournies par l'examen général du malade. Ce point capital ne sera pas traité ici ; il importe cependant de rappeler que dans les interventions exigeant un silence abdominal complet, la rachianesthésie est le procédé de choix.

3^o INSTRUMENTATION. — Les instruments sont disposés en trois groupes, selon qu'ils sont utilisés pour l'un ou l'autre des trois temps opératoires.

Le chirurgien et son aide ne doivent jamais mélanger des instruments de temps différent. Ils se lavent les mains entre chaque temps et si possible changent de gants.

Technique opératoire. — Malade en position de Trendelenbourg. Le chirurgien à la gauche de la malade, l'aide à sa droite.

1^o TEMPS ABDOMINAL. — Ce temps va de l'incision de la paroi jusqu'à l'ouverture du cul-de-sac antérieur du vagin.

a) *Incision cutanée*, allant du pubis à l'ombilic, non pas médiane, mais légèrement para-médiane, et gauche de façon à ouvrir la gaine du muscle droit du côté gauche, sans traverser la ligne blanche. Les bords de l'incision sont aussitôt garnis au moyen de grandes compresses de gaze fixées par des pinces à border. Le feuillet antérieur de la gaine du muscle droit est incisé à un centimètre environ de la ligne blanche et son corps charnu dégagé jusqu'au pubis. Incision du péritoine. Mise en place de la grande valve de Doyen.

b) *Protection de la grande cavité péritonéale* au moyen de trois champs abdominaux refoulant l'intestin.

L'un médian, refoulant vers le diaphragme l'épiploon le côlon transverse et les anses grêles.

L'un droit sur le cœcum et le colon ascendant.

L'autre gauche repoussant dans le flanc le côlon sigmoïde.

Un dernier champ est placé dans le fond du Douglas, après qu'on a placé l'écarteur abdominal de Delagenière.

Cet écarteur, en même temps qu'il permet de mieux voir, maintient les champs protecteurs contre les bords de la section pariétale et protège encore ceux-ci d'une infection venant des différents temps opératoires.

2^o HYSTÉRECTOMIE PROPREMENT DITE. — Elle ne doit être commencée que lorsque le silence abdominal complet est obtenu.

Examen des lésions : Pour la clarté de la description, nous supposerons un cas simple, tel que celui d'un utérus fibromateux sans adhérences.

Les annexes droites sont saisies entre le pouce et l'index de la main gauche, dont la paume est tournée vers l'utérus, de façon à bien tendre le ligament utéro-ovarien. Ligature, puis section entre nœud et pince. Cette ligature est aussitôt doublée, puis abandonnée.

Ligature du ligament rond. Les chefs de cette ligature sont conservés et repérés.

Le ligament large commence à ce moment à se dédoubler, dédoublement que l'on complète aisément de la pointe des ciseaux droits. Quand les deux feuillets sont bien distincts l'un de l'autre, l'*antérieur seul est incisé* dans la direction de l'isthme, et vers sa

face antérieure, où la section s'arrête un peu au-dessus du cul de sac vésico-utérin.

On exécute ensuite les mêmes temps opératoires du côté opposé.

La vessie est alors soigneusement décollée de la pointe des ciseaux courbes et à la compresse. Le décollement doit être poursuivi jusqu'à ce que le doigt sente bien le col utérin au travers du cul-de-sac antérieur du vagin.

Les vaisseaux utérins sont maintenant bien visibles de chaque côté du col ; leur ligature s'effectue de deux façons :

1^o Soit en les prenant dans la pince de J.-L. Faure et la ligature est reportée à plus tard ;

2^o Soit en procédant comme pour les autres ligatures, c'est-à-dire au moyen de l'aiguille à pointe mousse. Ainsi comme le faisait remarquer récemment Chifoliau, on lie les vaisseaux « une fois pour toutes, *in situ*, sans les clamber ni les écraser sur une grande longueur ». L'aiguille doit pénétrer *au plus bas possible au ras du col* et être dirigée de telle sorte que sa pointe ressorte en avant, un peu au-dessus du cul-de-sac vésico-utérin. Les fils passés sont noués et repérés.

Le col utérin est alors pris transversalement dans les mors d'une pince de Museux que l'opérateur tient de la main gauche et qu'il attire à lui. Cette pince de Museux est précieuse en la circonstance ; elle soutient le col, le présente mieux, tend à désinsérer le vagin et résiste à la pression des ciseaux qui, tenus de la main

droite, ouvrent de leur pointe le cul-de-sac antérieur du vagin.

Une compresse est aussitôt introduite et tassée par cet orifice, pour éviter que les liquides contenus dans cette cavité puissent pénétrer dans l'abdomen.

On utilise à partir de ce moment les instruments du temps vaginal.

2^o TEMPS VAGINAL. — Un cat-gut est passé d'une part dans le milieu de la lèvre antérieure du vagin sectionné transversalement, d'autre part dans la partie correspondante du cul de sac vésico-utérin ; les deux chefs de ce fil, fixés par une pince autour du manche de la grande valve, relèvent le vagin et facilitent la béance de sa cavité.

Les ciseaux courbes suivant l'insertion du vagin sur le col et agrandissant l'ouverture première, passent en dedans de la ligature des utérines, toujours au ras du col, et sectionnent les insertions vaginales postérieures en même temps que les ligaments utéro-sacrés.

Au cours de cette manœuvre, la section antérieure du vagin après isolement de la vessie est ordinairement simple, parce qu'on voit bien. En arrière, au contraire la libération du Douglas peut être très difficile en raison des adhérences fréquentes en cet endroit, aussi est-il indispensable de s'assurer que le Douglas est bien libre avant de sectionner les attaches vaginales postérieures ; on risquerait autrement de faire une brèche dans le rectum.

La tranche vaginale postérieure saigne généralement plus que l'antérieure, surtout si l'on complète la section vaginale transversale par une section verticale de la paroi postérieure, comme on est appelé à le faire pour obtenir un drainage plus complet.

Des ligatures isolées sont placées en avant sur les points qui saignent. Les ligaments utéro-sacrés sont pris dans deux pinces à vagin remplacées bientôt par deux points en U, et si cela ne suffit pas, par un surjet continu au cat-gut.

Le champ opératoire offre donc à considérer à ce moment :

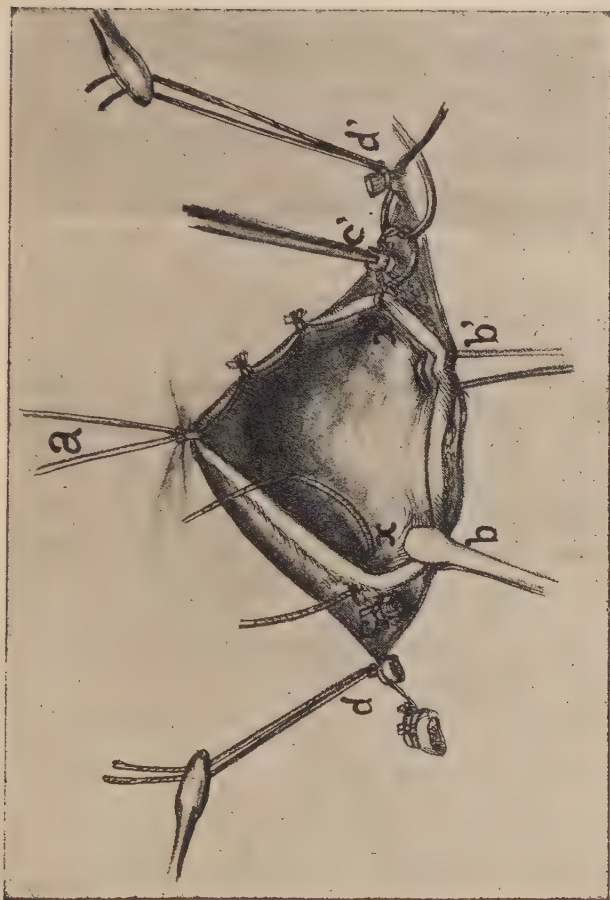
1^o Un point vaginal antérieur (*a*) dont les chefs sont fixés au tour du manche de la grande valve ;

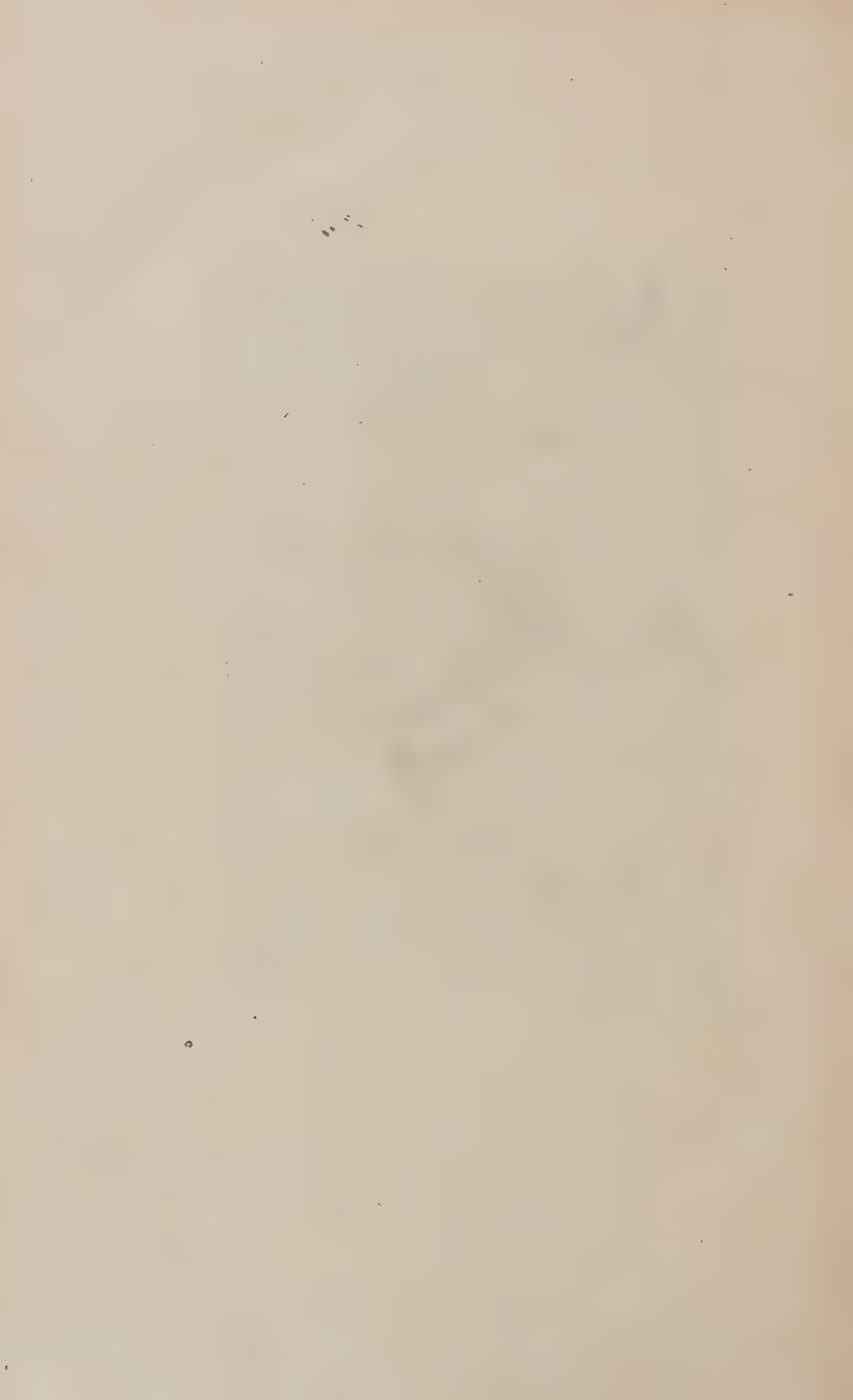
2^o Deux points symétriques (*b* et *b'*) prenant la tranche vaginale postérieure ;

3^o Les chefs conservés et repérés (*c* et *c'*) de la ligature des utérines ;

4^o Les chefs conservés et repérés (*d* et *d'*) de la ligature des ligaments ronds.

Un point d'angle est alors noué en *x*, sur chaque commissure de la brèche vaginale. Le chirurgien tendant légèrement les fils de ligature des utérines, l'aide double cette ligature avec les deux chefs du cat-gut *x*, qu'il conserve pour recommencer la même manœuvre avec les chefs conservés de la ligature des ligaments ronds. Les deux chefs du cat-gut se sont ainsi noués trois fois : en *x* d'abord, puis autour de *c*, puis autour de *d*.





Ce procédé inauguré par Routier a trois grands avantages :

L'un hémostatique, puisqu'il double la ligature des gros pédicules.

L'un péritonisant, puisqu'il rapproche le péritoine en même temps que les vaisseaux.

Le troisième enfin, d'ordre statique, puisqu'il suspend les commissures vaginales aux ligaments ronds. Il est difficile dans ces conditions de reprocher à l'hystérectomie abdominale totale de provoquer « l'effondrement pelvien ».

Mise en place du drain et des mèches. — Un drain de gros calibre (48) long de 12 centimètres environ, flanqué latéralement de deux mèches de gaz longues de 25 centimètres est pincé suivant son axe dans les mors d'un grand clamp courbe. Le tout est introduit dans le vagin, la concavité du clamp tournée vers le pubis, tandis que l'aide tire légèrement sur les fils *b* et *b'* de façon à faire bailler la brèche vaginale et à assurer un plan résistant.

L'orifice abdominal du drain affleure l'orifice de section du vagin, les mèches sont tassées de chaque côté du drain.

L'hémostase de la base du ligament large est vérifiée avec soin. Il faut souvent le reconstituer en partie par deux points en U symétriques.

Tamponnement à l'éther, lavage des mains ou changement de gants.

Isolement du champ opératoire de la grande cavité péritonéale par simple abaissement du côlon sigmoïde

maintenu au contact du détroit supérieur par un champ stérile appliqué sur sa face supérieure, de façon que le drain et les mèches soient cachées par un toit colique et méso-colique, les séparant de la grande cavité péritonéale.

APPENDICECTOMIE

Les champs sont enlevés en même temps que la grande valve et l'écarteur de Delagénère, qui ont protégé de l'infection les tranches de section pariétale.

Et la malade est remise en position horizontale pour le temps de fermeture.

3^o TEMPS DE FERMETURE DE LA PAROI. — Surjet au cat-gut sur le péritoine. La gaine a été ouverte sur la ligne para-médiane. Cette pratique nous paraît supérieure à l'incision médiane sur la ligne blanche qui accole deux lèvres aponévrotiques, tandis que le passage à travers la gaine du droit interpose entre deux plans aponévrotiques un plan musculaire ; elle nous a permis d'éviter les éventrations.

Une série de points en U au fil de lin ou à la grosse soie rapproche les deux lèvres de la gaine ; les deux chefs ne sont pas noués mais repassés dans la lèvre cutanée droite et noués sur un petit tampon de gaze. Cette méthode des fils non résorbables et non perdus évite les accidents de résorption de cat-gut et la formation des hématomes par la compression exercée

par le tampon. Il reste alors à passer quelques crins, entre lesquels on placera des agrafes de Michel sur le derme et l'épiderme.

Soins post-opératoires. — Le drain et les mèches sont laissés en place, quatre, cinq, six jours suivant les cas. La petite réaction thermique qui en suit l'ablation est passagère, il n'y a pas lieu de s'en préoccuper. Les malades sont purgées au troisième ou quatrième jour, en raison de l'appendicectomie ; une injection vaginale peut être donnée dès le lendemain de l'ablation du drain. Elles quittent l'hôpital vers le vingtième jour ; celles qui n'ont pas leur retour d'âge au moment de l'opération suivent un traitement opothérapique pour pallier aux accidents de ménopause artificielle précoce.

Les malades ainsi opérées sont radicalement guéries. « Elles n'ont, comme l'a dit notre maître Hartmann, aucun écoulement vaginal, aucune douleur, même après les fatigues ; l'examen bimanuel fait chez toutes constater une cicatrice vaginale souple, sans la moindre induration, sans le moindre épaississement. »

L'examen au spéculum fait quelquefois apercevoir un bourgeon charnu sur la cicatrice vaginale ; un coup de curette en a facilement raison, quand il ne disparaît pas par le simple attouchement au nitrate d'argent ou le galvanocautère.

LE DRAINAGE DANS L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE

A l'hystérectomie abdominale totale peuvent être associés deux modes de drainage, le drainage vaginal et le drainage abdominal.

Le drainage vaginal s'impose quand des chances sérieuses d'infection ou d'hémorragie sont à redouter ; il a de préférable au drainage par l'abdomen qu'il constitue un véritable canal au point déclive et par où s'écoulent le sang et les liquides du Douglas. En réalité, le péritoine descendant au-dessous de la tranche vaginale, l'ouverture ne siège au point déclive que si l'on fend verticalement la paroi vaginale postérieure jusqu'au fond du cul-de-sac ; la simple section du vagin n'en est pas moins rationnelle et la plupart du temps suffisante quand l'opérée se trouve en position assise.

On peut quelquefois, à la manière de Guérmonprez et des premiers artisans de cette chirurgie, fermer complètement le vagin par un surjet rapprochant les deux lèvres de la brèche ; la chose est possible et sans grand danger dans les opérations faciles, conduite d'un bout à l'autre sans libération d'adhérences, sans hémorragies ni pus, sans déperitonisation.

Pour les anciens auteurs, les indications du drainage, résumées par Delbet en 1896 étaient les suivantes : hémorragies en nappe, adhérences étendues, rupture de pyosalpinx au cours de l'intervention, présence dans le péritoine de foyers purulents incomplètement enlevés, dangers de septicémie.

Nous pensons aujourd'hui que l'utilité de drainer par le vagin dépasse le cadre de ces cas graves. — « péril vaginal », « infection ascendante » sont de bien grands mots pour qui utilise au contraire le vagin comme « soupape de sûreté ». La communication de l'extérieur avec le péritoine par l'intermédiaire du canal génital est naturelle ; c'est une communication indirecte, presque filtrante, par le *morsus diaboli* des classiques, mais elle n'en existe pas moins physiologiquement.

N'arrive-t-il pas couramment d'ailleurs au chirurgien de mettre la cavité péritonéale en rapport direct avec l'extérieur ? C'est la loi générale qui règle la cure des suppurations abdominales, et il nous paraît aussi logique d'ouvrir le vagin après une hystérectomie que de drainer après une intervention pour appendicite suppurée, ou d'extérioriser une tumeur intestinale avant d'en pratiquer la résection.

On a reproché à l'hystérectomie abdominale totale de rendre l'hémostase difficile et d'exposer la grande cavité aux risques de l'infection vaginale ; mais c'est justement pour faite tomber ces objections

qu'il faut appliquer presque systématiquement le drainage vaginal dans l'hystérectomie totale.

De nombreux auteurs ont déjà répondu à cette question de l'hémorragie. Il faut en distinguer deux variétés :

1^o La grosse hémorragie, tout à fait exceptionnelle, mais que le drainage vaginal révèle, et qui peut nécessiter la réintervention.

2^o Le suintement sanguin continu, dont l'importance est autant à considérer que celle de l'infection, mais dont le drainage vaginal assure l'évacuation.

1) La première doit être désormais une rareté, si l'on a pris soin de doubler toutes les ligatures ; c'est celle des gros pédicules qui peut se produire *dans la totale autant que dans la subtotal*, car l'enfouissement des moignons pédiculaires ne supprime pas *à priori* la possibilité des hémorragies sous-péritonéales.

Quand le sang donne en jet dans l'hystérectomie totale, c'est d'ordinaire au niveau de la « tranche vaginale ». D'aucuns nous critiqueraient de l'emploi de ce terme « tranche » en nous disant avec raison que le vagin ne doit pas être sectionné, mais désinséré. On peut néanmoins leur répondre que malgré ces précautions prises, si l'hémorragie secondaire se produit, c'est moins souvent parce que le vagin n'a pas été convenablement désinséré que par ce que la ligature des utérines a porté trop haut. Elle doit en effet être pratiquée assez bas, au point de prendre en même temps que l'artère, les rameaux vésico-

vaginaux qu'elle émet pour la partie inférieure du col et la paroi antéro-latérale du vagin.

C'est pourquoi lorsqu'on utilise l'aiguille à pointe mousse, celle-ci doit pénétrer *au plus bas possible, au ras de l'utérus, contre le col*, et être aussitôt dirigée en dedans, en avant, et un peu en haut, pour ressortir en avant, un peu au-dessus du cul de sac vésico-utérin.

Dans certains cas cependant, on n'a pas lié l'utérine comme on l'aurait voulu. Dans le cancer de l'utérus par exemple, si l'on a craint la moindre propagation au paramètre, il a fallu disséquer en avant une collerette vaginale qui saigne toujours plus ou moins ; on a poursuivi cette dissection assez loin en dehors, au point de lier l'utérine en dehors des uretères, voire même de lier les hypogastriques. En arrière, la section porte également très bas. De même dans le procédé de la subtotalisée totalisée, où l'hémostase doit être reprise après la totalisation, de même dans les cas où le drainage large par section verticale de la paroi postérieure du vagin provoque une reprise de l'hémorragie.

D'une façon générale la section antérieure saigne peu, la section postérieure bien davantage en raison des vaisseaux accompagnant les ligaments utéro-sacrés.

Nous avons vu à propos de la technique opératoire, comment il fallait se comporter en pareil cas.

Les mèches et le drain qu'on a introduits un peu par force dans le vagin renforcent encore l'hémos-

tase par une légère compression des bords de l'orifice.

2) Mais l'hémorragie la plus redoutable est l'autre, beaucoup moins abondante, plus sournoise, mais combien dangereuse, qui bave sans arrêt des surfaces dépéritonisées, s'accumule en nappe et stagne dans le Douglas où elle constitue un milieu de culture idéal pour les éléments septiques. Le drainage vaginal pourvoit à l'évacuation du sang autant qu'à celle de ces éléments.

On a tenté, dans la subtotale, d'obtenir les mêmes résultats par section verticale et postérieure du col. Cette ouverture est toujours trop étroite, car dans ces cas, ce n'est pas seulement le col qu'il faut fendre mais le vagin lui-même. Et que représente à la vérité ce col fendu, déjà malade, qui va servir de tunnel à toute une série de déchets infectés ; pourquoi conserver cette cause prochaine et certaine de métrite rebelle et douloureuse, peut-être même de dégénérescence ?

Les éléments septiques : pus, liquides louches mais riches en microbes, tissus cellulaires, lambeaux sphacéliques, ont beaucoup de chances d'infecter la grande cavité péritonéale non drainée. Aussi certains auteurs voulant prévenir cette infection, ont-ils pratiqué la « péritonisation haute avec cloisonnement du bassin », Hénault en Belgique, Gosset, Lecène en France, pensent, par des procédés divers de suture des franges colo-épiploïques au péritoine vésical et pariétal,

réaliser « l'extrapéritonisation des surfaces cruentées et infiltrées du petit bassin ».

Cette pratique assez séduisante au premier chef, a le gros inconvénient d'immobiliser définitivement un organe normalement mobile, le colon sigmoïde.

Autour et le long de ce surjet se constituent bien vite des adhérences nouvelles, qui si elles représentent justement les limites de la barrière, n'en sont pas moins une cause de gêne dans le transit intestinal et font des hystérectomisées, des constipées chroniques avec coliques de distention.

On objectera bien l'engagement d'une anse grêle dans l'ouverture vaginale. L'accident ne peut se produire qu'après l'ablation du drain et des mèches ; il est exceptionnel. C'est que les tranches vaginales s'adossent si rapidement l'une à l'autre qu'on peut donner vingt-quatre heures après la levée de l'appareil de drainage, une grande injection vaginale, sans risque de rupture des adhérences déjà formées, même sans péritonisation haute.

On enregistre toutefois quelques adhérences cicatricielles chez des malades suivies après l'intervention. Elles portent en général sur la cicatrice vaginale qui retient une anse grêle ou le côlon pelvien. Mais les autres procédés d'hystérectomie ne sont pas exempts de ces petites complications, pas plus que les interventions abdominales où l'on opère sur un péritoine infecté. La péritonisation d'ailleurs ne les a pas supprimées complètement et elles sont toujours facilement curables.

Le drainage semble enfin diminuer le choc opératoire ; nous n'en voulons pour preuve que les malades opérées d'hystérectomie vaginale. Qui n'a pas été frappé du bon aspect général de ces femmes qui, bien calmes dans leur lit, peuvent s'alimenter dès la trente-sixième heure, et laisseraient ignorer pour un peu la nature du traitement subi ?

Le choc opératoire ne tient pas seulement chez elles à ce que la voie d'abord a évité la laparotomie ; il tient surtout à ce que l'on draine, et c'est un peu se rapprocher fonctionnellement de l'hystérectomie vaginale que d'effectuer une totale en trente-cinq à quarante minutes peut-être, mais en laissant drain et mèches dans le vagin.

Il reste à étudier les indications d'un second mode de drainage, le drainage abdominal.

Nous serons bref sur ses indications, car pour le chirurgien qui dans l'hystérectomie totale a drainé systématiquement par le vagin, elles se réduisent désormais « aux cas graves et particulièrement infectés à péritoine irréparable ». On a dégagé au prix des plus grandes difficultés des anses intestinales adhérentes ; leur tunique séro-muscleuse a été très endommagée, et souvent quand une collection purulente ne s'est pas rompue sur ces zones dénudées, on a été contraint d'abandonner à leur contact un lambeau de la poche, pour ne pas risquer une ouverture accidentelle. Le drainage vaginal est installé, mais il

reste des logettes, des diverticules, et la zone infectée remonte assez haut ; dans ces conditions le drainage vaginal ne suffit plus, il faut lui associer le drainage abdominal.

Le drainage abdominal peut être appliqué de diverses façons.

La plus simple est d'engager un gros drain percé de deux trous latéraux à son extrémité profonde, qu'on placera bien au fond de la zone à drainer. Mais le drain ainsi placé n'est une soupape que pour les liquides provenant « d'une zone limitée du péritoine ».

Utiliser un tube de caoutchouc percé de trous latéraux est un non-sens ; les liquides septiques retombent dans la cavité, et rien ne s'écoule plus au dehors. Il faut donc trouver un moyen de tamponner en même temps que l'on draine. Et c'est pourquoi dans l'abdomen comme dans le vagin, il faut placer des mèches autour du drain. L'inconvénient est qu'elles aussi, en s'imbibant assez rapidement, drainent encore mal si elles tamponnent bien, et qu'on ne peut pas multiplier indéfiniment leur nombre, leur ablation étant alors très douloureuse.

L'appareil de Mikulicz, bien compris, tamponne et draine à la fois ; il faut savoir y revenir. C'est un vieux procédé, datant de 1886, longtemps combattu en France, surtout depuis la découverte de la péritonisation ; on a mis sur son compte tous les incidents post-opératoires y compris, les rétentions septiques, contre lesquelles il a été uniquement dirigé, et J.-L. Faure dit cependant de lui, dans son traité

« Il est très ingénieux et très simple et rend parfois de grands services. »

Qu'il nous soit donc permis de puiser largement à cette source pour redire en quelques mots sa technique et ses avantages.

LE DRAINAGE PAR LE MIKULICZ. — Une soie solide est fixée par un nœud au centre d'une large pièce de gaze stérilisée. La gaze doit retomber autour de ce fil comme la soie d'un parapluie autour de son manche. C'est dans cette position qu'une longue pièce est introduite verticalement de bas en haut sous la tente de gaze, dont elle va pincer le nœud *fixé à son sommet et à son intérieur*. La tente de gaze est repliée sur la pince et plongée au fond du bassin « au point le plus favorable » de façon que sa base puisse s'étaler largement sur les bords de l'incision cutanée. Les deux chefs du fil de soie sont repérés par une pince et l'on introduit à l'intérieur de l'appareil un certain nombre de mèches de gaze stérilisées, repérées chacune par un fil dont l'extrémité pend à l'extérieur. Les mèches sont modérément tassées dans le fond du sac. On peut placer, si on le désire un drain au milieu des mèches et faire passer le fil, relié au fond du sac par la lumière du drain.

Les mèches sont enlevées facilement, au plus tard le troisième jour il suffit de tirer sur le fil de repère propre à chaque mèche.

Le sac est enlevé au huitième, neuvième et dixième jour, en tirant sur le fil fixé à son fond, et l'on retourne

ainsi le sac en doigt de gant. Il est facile, surtout si l'on a placé un drain, d'envoyer dans le sac de l'eau oxygénée, qui aide à son décollement.

Installé dans ces conditions, le « Mikulicz » constitue en somme une cavité pelvienne isolée de la grande cavité péritonéale et communiquant avec l'extérieur.

Son ablation nous a toujours semblé facile et beaucoup moins douloureuse que celle des mèches, nous n'avons eu qu'à nous louer de son emploi.

On voit donc que, mis à part quelques cas bien spéciaux, on doit toujours drainer dans l'hystérectomie abdominale totale.

Drainer par le vagin dans tous les cas, pour des raisons d'hémostase, pour des raisons d'infection.

Drainer par l'abdomen et par le vagin, dans quelques formes graves où tous les dangers sont plus que jamais à craindre, formes qui heureusement sont assez rares, mais pour lesquelles il ne faut pas hésiter le cas échéant à revenir à la technique de Mikulicz.

En matière d'hystérectomie abdominale totale, si le drainage n'est pas toujours une obligation formelle, il est encore notre plus gros coefficient de sécurité.

STATISTIQUE

Les opinions que nous avons émises dans cette thèse sont basées sur l'étude de 320 hystérectomies abdominales totales, pratiquées de mai 1919, à novembre 1924 et représentant par conséquent une expérience de plus de cinq années.

Elles ont été exécutées par le Dr Villandre, son adjoint le Dr Barbet et quelques-uns de leurs internes; soit 190 cas relevés dans les registres opératoires du Service, 70 dans la clientèle de ville du Dr Villandre et 55 dans celle du Dr Barbet.

Cette statistique se décompose ainsi :

	HÔPITAL . SAINT-JOSEPH		CLIENTÈLE DE VILLE D ^r VILLANDRE		CLIENTÈLE DE VILLE D ^r BARBET		STATISTIQUE GLOBALE . POUR CHAQUE VARIÉTÉ		
	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	%
Fibromes de toute nature simples ou compliqués. .	86	4	41	0	16	1	143	5	4,4
Annexites doubles ou uni- latérales compliquées de lésion symétrique . . .	48	1	15	1	22	2	85	1	4,9
Métrite parenchymateuse et cancer du corps . . .	54	0	11	0	14	0	73	0	0
Cancer du col	2	0	2	1	1	0	5	1	20
Kyste de l'ovaire	5	0	1	0	2	0	8	0	0
Total.	195	5	70	2	55	3	320	10	3,09

Sur 320 cas, nous comptons 9 décès.

1^o Les 5 décès de la liste les fibromes sont dus aux causes suivantes :

a) *Hôpital Saint-Joseph*. — 1 après vingt-quatre heures (Observation citée n^o 72, malade éthylique avec atrophie du foie) accidents post-anesthésiques.

1 au quatrième jour, choc opératoire.

1 hémorragie le deuxième jour, au niveau de la tranche vaginale, réintervention, mort.

1 occlusion intestinale au cinquième jour.

b) *Statistique du Dr Barbet*. — 1 embolie massive au vingt et unième jour.

Nous tenons à faire remarquer que du 8 mai 1919, au 26 juin 1923, la statistique de l'Hôpital Saint-Joseph porte 1 décès pour un total de 79 hystérectomies pour fibrome, et que les 3 décès qui suivent et qui ont eu lieu presque coup sur coup représentent en somme 3 morts sur 7 cas. Nous ne notons aucun décès par infection, et seulement 1 par hémorragie post-opératoire.

2^o Les décès de la liste des annexites sont dus aux causes suivantes :

1 au huitième jour, septicémie.

1 choc opératoire (résection intestinale).

1 septicémie au sixième jour.

1 embolie au troisième jour.

3^o La malade morte à la suite d'H. A. T. pour cancer du col a présenté, quelques jours après l'opération des signes d'une anurie progressive qui ont

abouti à des accidents urémiques et à la mort au cinquième jour.

Si nous exceptons la malade du D^r Barbet, qui a succombé au vingt et unième jour à une embolie pulmonaire massive, nous comptons 9 décès sur 320 cas, soit une mortalité globale de 2,8 %.

CONCLUSIONS

1° L'hystérectomie abdominale totale est une opération bonne en soi, qui ne comporte pas plus de risques que la subtotale, et possède même sur celle-ci des avantages assez sérieux, pour qu'on lui accorde la plus large place à tous les chapitres de la gynécologie chirurgicale.

a) De règle dans le traitement des annexites doubles, et de toute annexite unilatérale compliquée de tumeur annexielle symétrique ;

b) De règle dans toutes les formes de cancer de l'utérus, d'emblée ou succédant à la curiethérapie pré-opératoire ;

c) Elle est le traitement de choix, en dehors de quelques cas bien spéciaux, dans presque toutes les variétés de fibromes ;

2° Mais son succès est subordonné à deux conditions essentielles :

Une bonne technique opératoire ;

Le drainage associé.

a) La technique n'est bonne, que si elle permet d'opérer rapidement, méthodiquement et aussi aseptiquement que possible. Elle comprend trois temps

opératoires bien séparés qui doivent se succéder dans un ordre toujours le même ;

b) Le drainage vaginal est l'adjuvant presque systématique de l'hystérectomie abdominale totale. Il pare aux trois gros reproches adressés à cette opération : l'hémorragie, l'infection, le shok opératoire.

Le drainage abdominal est quelquefois combiné au drainage vaginal dans les cas graves et très infectés, où il faut savoir revenir à la technique de Mikulicz.

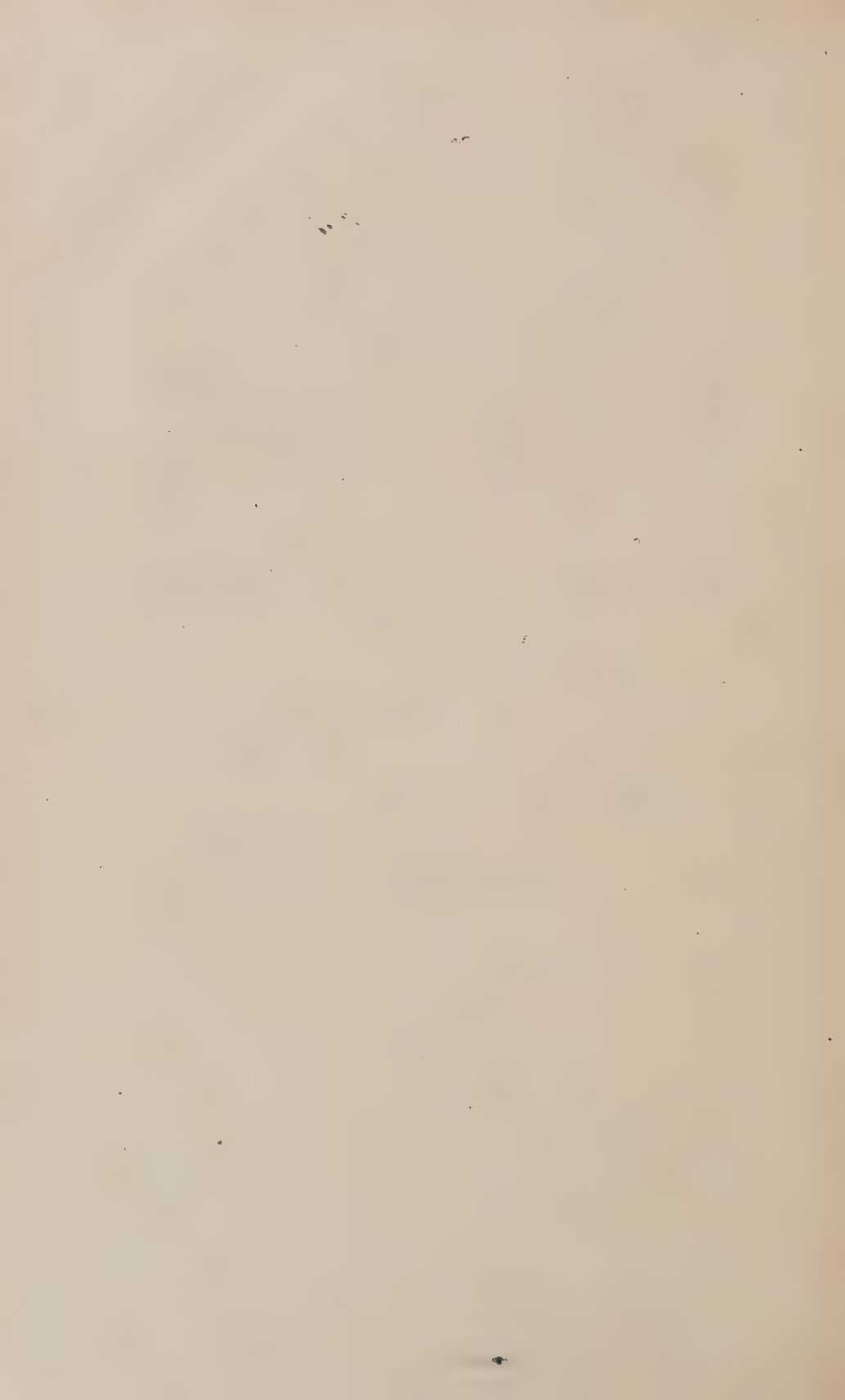
Vu : le Président de la thèse,

J.-L. FAURE

Vu : le Doyen,
G. ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris.

P. APPELL



IMPRIMERIE SPÉCIALE DE LA LIBRAIRIE A. MALOINE ET FILS

